UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 30

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE DANS LES INFECTIONS PUERPUÉRALES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 3 Décembre 1934

PAR

Henry-Louis-Adolphe JOURDAN

Elève du service de Santé de la Marine,
né, le 24 octobre 1908, à Saint-Vaast-la-Hougue (Manche)

Examinateurs de la Thèse :

MM. ANDÉRODIAS, professeur .... *Président.*
BÉGOUIN, professeur ..... *Juges*
LOUBAT, agrégé ..... *Juges*
RIVIÈRE, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0002

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 30

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE DANS LES INFECTIONS PUERPUÉRALES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 3 Décembre 1934

PAR

Henry-Louis-Adolphe JOURDAN

Elève du service de Santé de la Marine,
né, le 24 octobre 1908, à Saint-Vaast-la-Hougue (Manche)

Examinateurs de la Thèse :

MM. ANDÉRODIAS, professeur .... *Président.*
BÉGOUIN, professeur ..... *Juges*
LOUBAT, agrégé ..... *Juges*
RIVIÈRE, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. GUYOT
Doyen honoraire ..... M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC, DUPÉRIÉ	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABBAZES	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Hygiène	LEURET.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie	LANDE	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Chimie	CHELLE.	Clinique dentaire	CAVALIE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie	MANDOUL		
Médecine expérimentale	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique	TEULIERES		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIERE.
Physiologie	FABRE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
		Physique médicale	WANGERMEZ
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE	Ophtalmologie	CABANNES (en congé
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGERE
Accouchements	PERY.	Pharmacie chimique	VITTE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

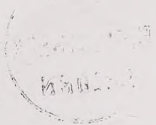
Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Tué à la Guerre.

A MA MERE



A MES SŒURS — A MON BEAU-FRERE

A MES PARENTS

Au docteur Robert SEILLARD

et au docteur Ernest MORVAN

Mes grands amis.

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A M. LE MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE CANTON

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

Nous le remercions de ses aimables conseils

A M. LE DOCTEUR G. PERY

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE BORDEAUX

qui nous a beaucoup aidé dans l'élaboration de ce travail.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A M. LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. ANDERODIAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Avec toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, nous tenons à témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont aidé, particulièrement M. le professeur Andérodias, M. le professeur Jeanneney, M. le docteur Lafargue, M. le docteur Mahon et M. le docteur G. Péry qui ont bien voulu nous fournir les observations que nous publions ici et nous donner de larges conseils.

INTRODUCTION

La question de l'hystérectomie dans l'infection puerpuérale n'est pas nouvelle, puisqu'en 1886, Schultze, d'Iéna, faisant figure de novateur, tentait la première hystérectomie pour un cas d'infection du post-partum. Depuis cette époque et avec ce rythme pendulaire dont a parlé le professeur Couvelaire, la question est revenue à l'ordre du jour dans les congrès, réunions et sociétés savantes.

Sous la direction de notre maître M. le professeur Andérodias, nous apportons 18 observations inédites et essaierons d'en tirer quelques conclusions.

Nous adopterons le plan suivant :

1° Historique;

2° Considérations générales sur les infections puerpérales; différences entre le post-partum et le post-abortum;

3° Principe de l'hystérectomie dans les infections puerpuérales;

4° Indications de l'hystérectomie admises par tous les auteurs;

5° Contre-indications de l'hystérectomie reconnue par tous.

6° Formes utérines graves à tendances septicémique sur le traitement desquelles les auteurs ne se sont pas encore mis d'accord. Discussion des indications de l'hystérectomie;

7° Péritonites puerpuérales;

8° Septicémies puerpuérales et phlébites utéro-pelviennes;

9° Choix de l'hystérectomie;

10° Résultats;

11° Observations.

12° Conclusions.

HISTORIQUE

C'est au cours des dernières années du XIX^{e} siècle, que l'hystérectomie fut pratiquée pour la première fois dans l'infection puerpuérale.

En 1886, Schultz, d'Iéna, eut le premier succès, en faisant une hystérectomie abdominale, pour rétention placentaire dans un utérus bicorne.

En 1889, Roosemberg, en 1895 Pryor, en Amérique, publièrent deux succès. Tuffier fut le premier défenseur de l'hystérectomie en France; Bonamy, son élève, donne dans sa thèse (1895), une statistique portant sur 31 cas, dont 20 guérisons; c'est là le premier travail important publié en France sur la question. J.-L. Faure, Terrier, Quenu, se montrent partisans de l'hystérectomie dans l'infection puerpuérale.

En 1901, paraît la thèse de Benoist inspirée par Mauclaire : 21 cas nouveaux avec 10 guérisons. La même année, à la suite d'un cas rapporté par Jeannin et Demelin à la Société d'obstétrique, bon nombre d'accoucheurs combattent cette méthode de traitement, en raison du manque d'indications que ni la clinique, ni le laboratoire ne peuvent fournir.

En 1902-1903, aux congrès de Rome et de Madrid, la question est à l'ordre du jour. A Rome, les rapports lus par Tuffier, Freund, Léopold et Treub, sont en faveur de l'hystérectomie. A Madrid, on semble moins interventionniste, malgré une bonne statistique de Cartiguera (68 guérisons sur 141 cas d'hystérectomie), puisque Pinard, chargé du rapport lança son aphorisme fameux : « L'indication rationnelle de l'hystérectomie dans l'infection puerpuérale n'existe pas ».

La thèse de Mouchotte, élève de Pinard, parue en 1903, est le long développement des idées de son maître.

En 1905, les Américains Boldt, Greene, Cumston admettent l'hystérectomie, mais reconnaissent que les indications en sont difficiles. En 1906, Pollesson et Albertin rapportent trois guérisons. Koblank en 1907 communique à la Société d'obstétrique et gynécologie de Berlin, une statistique portant sur 484 cas d'infection puerpérale, il est intervenu 15 fois et donne 7 guérisons. La question fut ensuite discutée en 1912 au VI[e] congrès international de gynécologie et obstétrique. Parurent aussi des communications multiples de J.-L. Faure, défenseur acharné de l'hystérectomie vaginale, dans le post-abortum, chez des malades dont la température et les signes généraux n'ont pas baissé 24 heures après le curettage. Douay, Cadenat, Le Jemtel, Vanverts publièrent aussi plusieurs articles donnant des résultats heureux.

En 1921, la question est reprise au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique. Cotte (Lyon) et Potvin (de Bruxelles) sont chargés des rapports, rapports qui semblent d'ailleurs étayés sur un nombre restreint d'observations. Cotte estime l'hystérectomie nécessaire seulement dans les cas où il y a une lésion de l'utérus. Potvin termine son rapport ainsi : « L'hystérectomie a ses indications nettes et précises. Elle intervient quand il faut à tout prix enrayer la marche ascendante de l'infection. C'est l'amputation d'un membre gangrené avant qu'il déverse dans la circulation ses produits infectants. »

En 1922, plusieurs travaux paraissent à Bordeaux. Courbin signale à la Société d'Obstétrique et Gynécologie un ensemble de signes qu'il pense être des indications formelles pour l'hystérectomie. Dupin reprend ces idées dans sa thèse en 1922, alors que la même année Tobiol montre, par une longue statistique, que les signes indiqués par Courbin sont trop tardifs pour intervenir. A ce moment Pery, Balard, Courbin, Boursier, rapportent plusieurs cas, les uns heureux, les autres mortels.

En 1925, c'est la discussion J.-L. Faure-Brindeau aux leçons cliniques du jeudi soir à la clinique Tarnier.

En 1926, Couvelaire décrit la forme métrorragique de l'infection puerpérale et inspire la thèse de Digonnet.

En 1928, paraît le mémoire de Couvelaire, Porte, Digonnet, sur les hémorragies tardives des suites de couches, et leur traitement par l'hystérectomie. La même année, paraît la thèse de Digonnet : elle résume et met au point, appuyée sur des documents anatomiques, cliniques et bactériologiques, la doctrine de l'école de Baudelocque.

Signalons l'excellent article de Chomé sur le traitement chirurgical des infections puerpérales aux leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier en 1928, et plusieurs cas de guérisons signalés par Autefage, Desnoyers, Lœwy.

En 1931, au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique tenu à Bordeaux, MM. les professeurs Andérodias, Péry et Couvelaire publient un rapport sur les formes métrorragiques de l'infection puerpérale et leur traitement.

L'excellent article de G. Péry, mémoire pour le prix Dubreuilh 1934, termine cette longue suite de travaux sur cette question bien délicate au sujet de laquelle les auteurs ne sont pas encore d'accord.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'INFECTION PUERPUÉRALE. DIFFÉRENCES ENTRE LE POST-PARTUM ET LE POST-ABORTUM

Selon Brindeau, on décrit sous le terme d'infection puerpuérale, toutes les infections des femmes en couches, ayant pris naissance au niveau de l'appareil génital, lésé par le traumatisme obstétrical. D'après la définition qui fut donnée en 1923 au congrès de la fièvre puerpuérale de Strasbourg et abstraction faite de la température qui se produit dans les 24 heures suivant l'accouchement, toute température dépassant 38° une fois et se maintenant pendant plus de douze heures, doit être considérée comme pathologique dans les suites de couches.

Trop souvent, les médecins voient encore dans l'infection puerpuérale, une sorte d'entité, de maladie particulière : « la fièvre puerpuérale », plus ou moins semblable à elle-même

dans des apparences cliniques variables. Cette conception unitaire de l'infection puerpuérale est féconde en erreurs. Elle a conduit à l'uniformisation des traitements de toutes les formes cliniques de l'infection puerpuérale. C'est ainsi que nous avons vu préconiser successivement toute une panacée contre toutes les affections puerpuérales : les sérums de Marmoreck, les vaccins, les abcès de fixation, les métaux colloïdaux, les arsenobenzènes... etc.

Il est donc de la plus haute importance de substituer au concept désuet de l'unicité de l'« infection puerpuérale », celui de la multiplicité des infections puerpuérales et de revenir à une conception anatomo-clinique de ces infections.

Quelles sont donc les différentes formes cliniques de cette infection. Nous adopterons la classification de Brindeau, basée à la fois sur la lésion anatomique découverte et sur l'allure clinique. Ce sont :

1° Les infetions vulvo-vaginales;
2° Les infections utérines;
3° Les infections péri-utérines;
4° Les infections péritonéales;
5° Les infections veineuses;
6° Septicémie puerpuérale.

Mais l'hystérectomie ne s'adresse pas à toutes les formes : elle n'a aucun rapport avec les infections vulvo-vaginales. Quant aux infections : péri-utérines : phlegmons du ligament large, salpingites, le plus souvent traitées médicalement avec succès, elles ont, si besoin est, un traitement chirurgical particulier.

Nous nous occuperons principalement des formes graves d'infections utérines, c'est là le point le plus intéressant et le plus discuté de la question.

Nous serons plus brefs au sujet des septicémies et péritonites puerpuérales, bien peu d'auteurs restant fidèles à l'hystérectomie dans ces formes. Nous passerons rapidement sur les formes veineuses, elles ont fait l'objet d'une thèse soutenue ces derniers mois à Bordeaux[1].

1. Métayer, thèse Bordeaux, 1934.

Parmi ces formes d'infection puerpuérale, il est une distinction fondamentale à établir entre les accidents infectueux du post-partum et ceux du post-abortum.

Différences entre les infections post-partum et post-abortum

Ces raisons qui permettent d'opposer ces deux états sont multiples :

A. *Raisons d'ordre anatomique.*

a) *Du côté du muscle.* — Nous savons la sensibilité bien connue du muscle à l'infection. Du fait de la masse musculaire considérable de l'utérus à terme, on conçoit la gravité de la métrite parenchymateuse dans le post-partum, par rapport à la bénignité relative dans les quatre premiers mois de la grossesse.

b) *Du côté des membranes.* — Avant quatre mois, la caduque utérine est bien vivante, elle ne se détache pas loin de la fausse couche, elle défend donc bien les sinus et les muscles contre l'infection, elle formera barrière vivante et active contre les germes.

L'utérus à terme, véritable éponge musculo-veineuse sans revêtement épithélial, avec la plaie placentaire déchiquetée et large, avec ses vaisseaux rompus et béants est donc infiniment moins apte à se défendre que l'utérus au début de la grossesse.

c) *La place de l'utérus occupée dans l'abdomen.* — Pendant les premiers mois de la grossesse, le siège de l'utérus reste pelvien. En cas d'infection, il n'infectera souvent que le péritoine pelvien bien plus tolérant que celui de la grande cavité qu'il risquera d'infecter, en cas d'infection dans le post-partum alors que l'utérus remonte jusqu'à l'ombilic.

B. *Raisons physio-pathologiques.*

La femme, de par sa grossesse a perdu ses moyens de défense Comme le disait le professeur Bar au Congrès de la fièvre puerpuérale à Strasbourg : « Un rôle de premier plan est certai-

nement joué par les modifications biologiques profondes apportées à l'organisme féminin pendant la grossesse à sa seconde partie, qui arrive à son summum au moment de l'accouchement et créé chez certaines femmes un état de réceptivité, d'anergie, qui n'a guère d'égal. »

C. *Conditions spéciales nées du fait du travail.*

Facilité d'infection. — Le travail agit par l'action traumatisante des contractions utérines qui diminue sans aucun doute la vitalité des éléments cellulaires. Il s'accompagne toujours de lésions minimes et parfois de plaies importantes au niveau du col, du vagin, du périnée qui sont autant de portes ouvertes à l'infection endogène et à l'infection exogène si l'asepsie la plus rigoureuse n'est pas observée.

Cependant, remarquons le nombre très élevé d'avortements criminels provoqués bien souvent par des moyens très septiques : ils amènent en plus des traumatismes : voie d'entrée microbienne, des streptocoques et des germes anaérobies, ces derniers donnant des infections à allure grave et rapide, dont il faudra tenir compte quant à la précocité d'intervention.

PRINCIPE DE L'HYSTÉRECTOMIE DANS L'INFECTION PUERPUÉRALE

Après ce rapide et schématique tableau des infections puerpérales, voyons donc son traitement. La plupart des infections puerpuérales guérissent seules ou avec un traitement médical, d'autres ne résistent pas à un curettage ou à un curage soigneux. Que faire dans ces formes graves où malgré les traitements médicaux les plus énergiques, l'état de la malade ne s'améliore pas : il n'est plus alors de ressources qu'en la chirurgie. Faut-il se désespérer de l'absence ou de l'impuissance d'un sérum ou d'un vaccin sauveur ou tenter en dernier ressort d'aller enlever le point de départ de l'infection en cours : l'utérus ? Et J.-L. Faure de répondre : « Il m'a paru toujours évident que lorsqu'on se trouve en présence d'un utérus en

proie à une infection grave qui résiste à tous les traitements et qui menace d'emporter la malade, on ne peut gagner à supprimer ce foyer d'infection comme on supprime un membre gangrené », et il se pose cette question : « Faut-il de temps en temps sacrifier un utérus dans l'espoir de sauver une femme ou sacrifier de temps en temps une femme dans l'espoir de la voir guérir. Il est étrange qu'il puisse y avoir quelques hésitations sur ce point, et c'est cependant ce qui existe. » Elle est pourtant cruelle et naturelle cette hésitation pour l'accoucheur qui connaît bien les infections puerpuérales. Car la question n'est pas aussi simple que veut bien le dire J.-L. Faure ét cela pour plusieurs raisons.

1° Il existe au cours des infections puerpuérales des états de gravité passagère :

Telle malade que vous voyez aujourd'hui anhélante, le facies grippé, avec battement des ailes du nez, une température à 40°, un pouls à 140 et plus, la langue sèche, l'œil éteint, les extrémités cyanosées, le teint plombé, vous pouvez la voir quelques jours plus tard, apyrétique, mangeant de bon cœur, sans trace de dypsnée, en pleine convalescence.

2° Il est très difficile de savoir si l'infection a dépassé le stade utérin ou si la malade est déjà en état septicémique; donc inaccessible par la chirurgie.

Voilà pourquoi les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpuérale sont si délicates à poser, pourquoi il est si difficile de savoir si une femme souvent très fatiguée pourra supporter une intervention aussi importnte dans les suites immédiates qu'éloignées. Malgré ces quelques réserves, le fait de conserver un utérus ne doit pas peser, quand la vie de la femme est en danger, et se dernier argument aura d'autant plus de valeur lorsqu'il s'agira, où d'une primipare âgée, ou d'une multipare ayant des enfants en vie, ou d'une femme à l'état général précaire très fatiguée par ses grossesses antérieures.

Après cette vue d'ensemble sur les infections perpuérales, après l'exposé des arguments pour ou contre l'hystérectomie,

nous allons examiner en détail les indications de l'hystérectomie. Nous allons d'abord voir les indications reconnnues maintenant par tous (ou la plus grande majorité des auteurs) ensuite les contre-indications formelles de l'intervention. Nous verrons ensuite le traitement des formes, au sujet duquel les auteurs ne se sont pas encore mis d'accord.

INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE DANS L'INFECTION PUERPUÉRALE RECONNUES PAR TOUS

A. Dans ce nombre on en reconnaît qui sont plus prophylactiques que curatives de l'infection, proprement dite. Signalons.

a) Les perforations utérines;

b) L'infection ammotique grave;

c) La rétention irréductible du placenta.

B. D'autres traitent des lésions localisées de l'utérus.

a) Abcès utérin intra-mural;

b) Gangrène utérine;

c) Fibrome sphacelé;

d) Hémorragies secondaires à la métrite puerpuérale.

A. a) *Perforations utérines.* — Elles se produisent soit au cours de manœuvres abortives criminelles, soit au cours d'un curettage pratiqué pour rétentions placentaires ou lésions d'endométrite. Dans le premier cas les instruments employés sont le plus souvent très septiques, la désinfection des voies génitales n'est pas faite et souvent aussi des injections sous pression de liquides divers ont été pratiquées : autant de choses qui aggravent le pronostic de ces perforations utérines en ensemençant le péritoine et généralisant l'infection. La mortalité de ces formes est très importante et bien souvent l'hystérectomie pratiquée d'extrême urgence n'arrive pas à sauver la malade : témoin cette observatio n° XII de notre thèse où l'intervention bien que pratiquée vingt-quatre heures après la tentative d'avortement n'a pas amené la guérison.

Lorsqu'il y a perforation au cours d'un curettage, il s'agit

toujours d'un utérus plus ou moins infecté, il ne faut pas perdre de temps.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic que l'on trouvera dans les traités classiques et dirons seulement que ces lésions sont trop graves pour être traitées par l'expectative, il faut hystérectomiser ces malades sitôt le diagnostic connu.

b) *L'infection amniotique grave.* — Si l'infection amniotique a largement dépassé la barrière amniotique, le muscle utérin est touché, ce qu'on reconnaîtra en des cas exceptionnels à la présence de la crépitation neigeuse de l'emphysème utérin : ce serait une raison pour conclure à l'hystérectomie avec drainage.

Putréfaction fœtale. — Elle résulte de l'infection amniotique, dans l'immense majorité des cas : le fœtus a d'abord succombé. On note en dehors des signes généraux graves (subictère sourent), un utérus très développé par les gaz, sonore à la percussion et au toucher, une crépitation gazeuse qui traduit l'œdème gazeux du col. Si, dans quelques cas, on peut se contenter d'une embryotomie ou basiotripsie il semble que la gravité des infections qui font suite à ces accidents (mortalité 40 % d'après les statistiques) nécessite l'hystérectomie immédiate (abdominale sans césarienne préalable). Peut-être en suivant ces principes n'aurait-on pas perdu la malade de l'observation n° XVI.

c) *Rétention irréductible du placenta.* — Pajot disait : « Toute femme qui, dans l'accouchement, à terme conserve son placenta dans l'utérus est une femme morte. » Dans des cas de contracture totale par administration intempestive d'ergot de seigle, soit dans des cas d'enchatonnement du placenta, soit du fait d'adhérences anormales dues à une endométrite préexistante, il faut songer à l'hystérectomie.

Desnoyers, dans un article[1], nous dit à ce sujet les dangers du curage digital dans un cas de rétention qui peut durer des jours et des semaines, ce curage peut amener, en effet, une

1. *Bull. médical*, 24-27 oct. 1928.

septicémie rapidement mortelle. Voici, d'ailleurs, sa façon d'agir : « Hystérectomie d'emblée si le tableau clinique dénote un début d'infection grave. Dans les cas plus bénins exploration prudente, intra-utérine et si un fragment important est inséré sur l'utérus par une surface difficilement clivable, l'hystérectomie est préférable. Si le fragment se sépare bien, continuer le curage prudemment, mais si la température monte avec frissons et se maintient quarante-huit heures, il faut hystérectomiser à tout prix au plus vite. »

B. Indications reconnues par tous dans les lésions localisées à l'utérus.

a) *Abcès utérins.* — Unique ou peu nombreux (il faut les différencier des abcès miliaires du parenchyme utérin trouvés à l'autopsie des septicémiques), ils sont de diagnostic difficile, l'indication opératoire est donc plus théorique que pratique. En effet, l'évolution se fait sans signe propre, rarement on peut sentir une bosselure douloureuse. Le pronostic est très grave : 75 % de mortalité. Quand le diagnostic peut être fait, il faut pratiquer l'hystérectomie de suite. Autefage[1] rapporte deux guérisons par hystérectomie dans des cas semblables, les suites opératoires furent, d'ailleurs, difficiles. Notre observation n° VII est moins heureuse, le diagnostic semblait bien impossible à faire, l'hystérectomie a été pratiquée tardivement, la malade ayant eu pendant plusieurs jours un mieux sensible.

b) *Gangrène utérine.* — Elle est rare maintenant, elle ne se rencontre guère que dans les accouchements pénibles ayant nécessité de multiples interventions ou dans certains avortements criminels. C'est une forme à début précoce : les signes généraux sont très importants avec un pouls très rapide qui ne suit pas la température dans ses rémissions : les lochies sont abominablement fétides, épaisses, noirâtres contenant des débris sphacéliques. L'observation n° XI est un très bel exem-

1. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, oct. 1928, p. 723-725.

ple de guérison dans cette forme. M. le Dr Lafargue avec lequel nous nous entretenions dernièrement insistait sur l'état épouvantable de cet utérus noirâtre, s'enlevant par lambeaux avec fausses membranes, et émission de gaz putrides. La malade bien surveillée, opérée tôt, guérit très bien malgré une hystérectomie atypique et très délicate.

c) *Fibromes infectés.* — Au cours des suites de couches, une femme qui présente un fibrome doit être très surveillée. La fièvre, les douleurs abdominales, l'absence de régression de la tumeur et à plus forte raison l'augmentation de son volume, la douleur provoquée à son niveau doivent commander l'intervention immédiate.

Dans le post-abortum si l'avortement est compliqué d'hémorragies ou d'infection le curettage doit être proscrit et c'est à l'hystérectomie qu'il faut avoir recours.

d) *Hémorragies secondaires à répétition.* — Cette question a été mise au point dans les rapports de MM. les professeurs Andérodias, Pery, Couvelaire à l'occasion du VIIe Congrès de gynécologie et d'obstétrique tenu à Bordeaux en 1931. Cette forme est caractérisée par des hémorragies violentes qui se présentent pendant les suites de couche à plusieurs jours d'intervalle. En même temps que la fièvre, des frissons et un mauvais état général, la malade présente des lochies noirâtres et fétides. Pour le traitement de ces formes nous ne saurions mieux faire que de rapporter les propres paroles du Pr Couvelaire : « Il semble que les résultats dans les cas de syndrome septico-hémorragique sans rétention soient plus mauvais que dans les cas où il y a rétention : 5 guérisons et 9 morts pour les cas sans rétention, 7 guérisons et 6 morts pour les cas avec rétention. Le pronostic opératoire ne dépend pas seulement de l'anémie post-hémorragique, mais aussi de la gravité de l'infection qui a pu déterminer d'irrémédiables lésions diffuses. Les hystérectomies pratiquées d'emblée donnent de meilleurs résultats que l'hystérectomie pratiquée secondairement, au stade d'aggravation progressive, qui sont précédées souvent de curages ou de curettages ». Parmi nos observations,

trois répondent à ce type clinique (n° IV, VI et III), l'une d'elles qui semble avoir été faite bien tardivement s'est terminée par la mort, la seconde était dans un état très grave. La troisième due à l'obligeance de M. le Dr Mahon s'est terminée par la guérison, malgré des complications successives qui ont plusieurs fois bien inquiété l'entourage de la malade.

Contre-indications formelles à l'hystérectomie.

Tous les auteurs sont d'accord pour s'abstenir dans le cas suivant :

1° *Dans les cas désespérés*, chez des femmes au pouls petit, avec refroidissement des extrémités, euphorie, il vaut mieux s'abstenir. De l'avis de tous les interventionnistes c'est discréditer l'opération que de l'appliquer à des femmes mourantes. Ces faits rentrent d'ailleurs dans le cadre des contre-indications générales à toute intervention chirurgicale.

2° *Dans les cas de septicémie aiguë*, il est certain que si la fièvre et les frissons ont débuté le jour où le lendemain de l'intervention, si le pouls est mauvais, la dypsnée vive, la langue sèche il serait complètement illogique d'opérer. Il existe, d'ailleurs, des formes suraiguës de septicémie péritonéale, à début extrêmement précoce s'observant souvent chez des femmes ayant présenté les derniers jours de leur grossesse une infection broncho-pulmonaire, ou une angine streptococique dans ces formes (toujours mortelles) où il n'existe aucune lésion utérine, l'exérèse utérine aurait d'autant moins de raison d'être.

Etudions maintenant le traitement des formes cliniques ausujet duquel les auteurs ne se sont pas encore mis d'accord.

Nous verrons tout d'abord les formes utérines graves à tendance septicémique ; c'est à leur sujet que nous développerons les idées des interventionnistes et abstentionnistes, c'est

là, en effet, le point nodal de la question. Peut-on savoir à quel moment l'infection a dépassé la barrière utérine ? Faut-il intervenir ? Quand faut-il intervenir ?

Nous verrons ensuite rapidement si l'hystérectomie s'applique aux formes avancées de l'infection : Péritonites, septicémies, phlébites utéro-pelviennes.

INFECTIONS UTÉRINES.

Laissons de côté la lochiométrie, la rétention de débris ovulaires, les endométrites simples, qui, malgré leur apparente gravité, guérissent en général bien et dont le traitement est bien défini. Voyons donc les métrites parenchymateuses.

Jeannin les divise en : formes simples, formes suppurées, formes gangréneuses, formes hémorragiques tardives, l'accord est fait sur le traitement de ces deux dernières formes. Nousen avons déjà parlé dans un précédent chapitre.

a) *Formes simples.* — Elles se manifestent du 5e au 8e jour par des frissons et une élévation de température à 39°. L'état général est légèrement altéré, l'utérus gris, les lochies presque supprimées. L'évolution se fait en quelques jours vers des complications annexielles ou utérines. Il faut se contenter après s'être assuré que l'utérus est vide, de le glacer.

b) *Formes suppurées.* — Cette forme est caractérisée par la présence d'abcès multiples dans le corps utérin, c'est une forme grave : température élevée, pouls rapide, facies des grands infectés, lassitude générale. La malade se plaint d'une céphalée en casque souvent insupportable (Bar).

Localement, on note la fétidité des lochies, l'utérus est très douloureux spontanément mais surtout à la pression, en particulier au niveau des cornes utérines, l'utérus est gros, mou, on note une béance et une mollesse anormale du col.

Il arrive que l'infection tourne court ou bien les phénomènes généraux restant graves malgré tous les moyens médicaux mis en œuvre, l'infection va évoluer vers une péritonite ou une septicémie grave qui emportera la malade en quelques jours. Si nous pouvions donc savoir exactement à quel moment l'infection s'apprête à dépasser la phase utérine, nous pourrions peut-être sauver la malade en lui enlevant l'utérus, point de départ de l'infection : c'est là toute la difficulté de la ques-

tion, tout revient donc à une question de pronostic de l'infection puerpuérale. Il nous faudrait savoir si tel ou tel point de l'examen général, local ou bactériologique est capable de nous dire si la malade triomphera de son infection.

Etudions donc en détail les symptômes qui permettent de fixer un pronostic de la maladie et sur lesquels nous allons pouvoir tabler pour faire l'hystérectomie.

1° *Durée de l'incubation.* — Il est classique de dire que plus l'incubation est courte, plus le pronostic est sévère; c'est en général vrai, cependant il existe bien souvent comme le montre Dupin dans sa thèse[1] des formes bénignes d'apparition précoce et des formes mortelles ayant débuté tardivement.

2° *Signes généraux* (frissons, pouls, température, facies).

a) *Frisson.* — Les frissons répétés sont en général un signe d'infection grave. Pour Potvin le frisson serait le plus important des symptômes graves; et il ajoute : « ces données si faibles puissent-elles paraître sont des indications précieuses et souvent suffisantes. » Il semble bien cependant qu'on ne peut tabler sur ce signe pour intervenir (nous ne parlons pas du frisson souvent très impressionnant qui suit immédiatement beaucoup de curettages et d'Injections intra-utérines, tout le monde s'accorde à dire qu'il n'a aucune valeur pronostique). Brindeau signale des malades avec frissons multiples qui ont guéri. Cadenat insiste sur le pronostic défavorable qu'a la reprise des frissons chez les malades bien améliorées par le curettage.

b) *Pouls.* — On sait que Winberg faisait de son accélération à 130 et plus une indication opératoire. Toutes les malades opérées par Cadenat dont le pouls dépassait ce chiffre sont mortes.

c) *Température.* — J. L. Faure a dit : « Quand la température ne s'abaisse pas 24 heures à 48 heures après un curettage digital bien fait, il faut hystérectomiser. » C'est une règle bien absolue sur laquelle nous reviendrons. Si on table sur la courbe thermique on peut tout voir, certaines malades ont eu des courbes impressionnantes et guérissent très bien. Nous

1. Dupin, thèse Bordeaux, 1922.

n'en voulons pour exemple que les belles courbes qu'a publiées le professeur Brindeau dans une conférence contradictoire faite à la clinique Tarnier avec le professeur J.-L. Faure, courbes de malades dont la température a dépassé 39°5, 40° pendant cinq jours, huit jours même et qui ont guéri.

d) *Facies.* — Courbin (de Bordeaux) qui a étudié la question en 1922, a mis en valeur, l'importance du facies. Pour lui le facies qui est comparé à celui des grands blessés shockés, visage pâle, peau terreuse, lèvres violettes, est un signe de grande gravité témoignant de l'atteinte du muscle utérin. Pour Courbin lorsqu'on constate une des triades suivantes : facies toxique, mollesse utérine, pertes noirâtres et fétides ou bien facies toxique, mollesse utérine, signe de Delbet, il faut pratiquer l'hystérectomie. Tobiol dans sa thèse (Bordeaux, 1922), inspirée par M. le professeur Begouin, montre par des observations multiples que les signes décrits par Courbin sont d'apparition beaucoup trop tardive pour pouvoir en tirer un réel avantage : tous les auteurs se sont d'ailleurs rangés à ce dernier avis.

3° *Examen bactériologique.* — Potvin, Cotte, Cadenat et la majorité des accoucheurs ne lui accordent pas de valeur comme indication. Les renseignements sont tardifs et insuffisamment précis. Pour Douay, si l'hémoculture est négative dans un cas très grave, on peut penser que l'hystérectomie peut sauver la malade en supprimant un foyer septique encore localisé. Si l'hémoculture est positive, l'hystérectomie reste pour J.-L. Faure et Cotte l'indication rationnelle, car elle supprime le foyer d'où partent de nouvelles décharges toxiques et microbiennes. Nous croyons que l'hémoculture n'a pas beaucoup de valeur, il existe, en effet, des formes de septicémie transitoire, certaines femmes ont eu à un moment donné une hémoculture positive et ont parfaitement guéri. Dans certains cas graves qui se sont terminés par la mort, l'hémoculture pratiquée plusieurs fois a toujours été négative.

4° *L'abcès de fixation.* — L'absence de suppuration de l'abcès par la méthode de Fochier est toujours d'un pronostic grave. La production d'un abcès n'est pas toujours d'un bon

pronostic. En effet il n'a aucune valeur dans la pyohémie lente. Cette forme d'infection évolue vers la mort malgré des résultats positifs de l'abcès de fixation. Dans notre observation n° VII l'abcès de fixation pratiqué au huitième jour de l'infection a pris immédiatement, la malade a vu cependant son infection devenir toujours plus grave et elle est morte malgré l'hystérectomie pratiquée au dix-huitième jour. Delannoy dans un article très récent[1] expose un fait assez curieux : il cite le cas d'une infection puerpuérale grave, trois injections d'essence de térébenthine avaient été faites successivement, aucun des abcès de fixation ne réagit, il pratique alors l'hystérectomie, il voit alors les abcès de fixation prendre les uns après les autres dans l'ordre où ils avaient été pratiqués. La malade a d'ailleurs guéri.

5° *Signes tirés de l'examen local.* — Utérus gros et mou, pertes noirâtres et fétides, défense hypogastrique, culs-de-sac vaginaux douloureux, autant de signes donnés par différents auteurs qui n'ont pas de valeur particulière. Les cas graves sont ceux où l'état local est excellent sans pertes, sans inflammation périutérine, culs-de-sac souples et indolores contrastant avec un état général grave. Dans un cas semblable rapporté par Cadenat l'hystérectomie n'a pas empêché la mort. Pour Vanverto la localisation périutérine est une contre indication à l'hystérectomie. Dans l'observation n° I de notre thèse, l'infection périutérine fit pratiquer au chirurgien une colpotomie, celle-ci fit écouler une sérosité louche, devant l'état toujours très grave, l'hystérectomie fut pratiquée, elle montra un utérus friable très infecté, la malade guérit sans complications.

6° *Signes tirés du curettage.* — Ces signes ne pourraient avoir de valeur que dans une infection *post-abortum*, car dans l'infection *post-partum* on ne doit jamais pratiquer de curettage, il serait très dangereux d'aller « cambrioler » l'utérus. Douay a signalé que lorsque le curettage ne ramène que des débris insignifiants, bien que l'infection soit d'allure grave, il faut pratiquer d'emblée l'hystérectomie.

1. Delannoy, *Echo médical du Nord*, mars 1934.

Il semble bien absolu de se baser sur ce seul signe pour intervenir.

6° *La tension artérielle.* — Balard a signalé en 1921, un fléchissement de la tension et de la minima chez les infectées puerpuérales gravement atteintes. Dans la majorité des observations que nous avons pu lire, ainsi que dans celles que nous publions, la tension n'a été prise ni suivie, nous ne pouvons donc juger du critérium indiqué par l'auteur.

Nous avons donc vu en détail chacun des éléments du pronostic de la maladie et nous voyons que rien ne nous permet d'affirmer le caractère grave de l'infection et, par conséquent, de fixer les indications nettes, précises, indubitables de l'hystérectomie. Et cela, même les plus fervents interventionnistes ne le mettent en doute. J.-L. Faure écrit à ce sujet : « Un symptôme précis qui entraînera notre décision opératoire, évidemment il n'y en a pas. Mais quelle singulière tournure d'esprit que celle qui consiste à n'employer cet argument que chez les malades qui, précisément sont en danger de mort. Où est le signe qui nous démontre d'une façon certaine que tel fibrome volumineux doit être opéré et que tel autre devra être traité par d'autres moyens. Evidemment il n'y en a pas d'avantage ; et cependant nous prenons nos décisions et nos responsabilités alors que la plupart du temps il s'agit d'affections qui ne mettent pas en péril du moins immédiatement la vie des malades. C'est une question d'expérience, *c'est une affaire d'impression* il faut agir lorsque nous avons le sentiment très net que l'affection s'aggrave et que les signes de mort deviennent de plus en plus évidents. « Lapointe au cours des discussions à la Société de Chirurgie en 1924[1], reprend les arguments de J.-L. Faure, mais dans un autre sens. « Là nous sommes dans l'inconnu, écrit-il, nous savons que la situation est alarmante. Mais nous savons aussi que des femmes dont l'état semblait désespéré se sont tirées d'affaire sans hystérectomie et que rien pas même l'hémocul-

1. *Bull. Soc. Nal. Chir.*, 1924, p. 857.

ture ne nous permet de prévoir le lendemain. Et nous savons que chez une septicémique qu'il va falloir anesthésier, l'hystérectomie est tout de même capable de nuire à la résistance de l'organisme au lieu de lui venir en aide. Angoissante alternative !!! Risquer par trop de hâte de faire une opération qui n'est peut-être pas indispensable, ou bien s'exposer en laissant passer l'heure favorable à un échec à peu près certain. Jusqu'au jour, où un signe clinique où le laboratoire ne nous donnera pas la clef du problème, l'hystérectomie restera une affaire d'impression, comme le dit J.-L. Faure, et *la valeur d'une impression dépend beaucoup, convenons-en, de celui qui l'éprouvé.* »

Douay, interventionniste fervent donne un autre argument en faveur de l'hystérectomie. « Entre les cas suraigus, écrit-il, qui échappent à toute thérapeutique et ceux qui guérissent par les traitements médicaux habituels, il existe des malades qui succombent après des semaines de soins attentifs, dans ces derniers cas le chirurgien regrette de n'être pas intervenu. J.-L. Faure et Cadenat constatent que l'hystérectomie est bien souvent suivie d'améliorations (la chose s'est passée ainsi dans la plupart de nos observations) qui tendent à prouver que si l'intervention avait été plus hâtive on aurait pu sauver la malade. Arguments auxquels on peut répondre : certaines formes guériraient sans doute, mais on doit penser qu'en raison de la longueur de leur évolution, il s'agit soit de pyohémie chronique soit d'infection puerpuérale médicale, septicémie secondaire tardive, endocardite suraiguë.

Certains auteurs, Cotte et Delbet ont prétendu que la mutilation qu'entraîne l'hystérectomie ne doit pas entrer en ligne de compte alors qu'une femme est en danger de mort, d'autant plus que si la guérison se produisait sans intervention il serait à douter que la femme puisse mener à bien une nouvelle grossesse. Jeannin et Brindeau, sans fournir de statistiques précises à ce sujet, ont assuré la fréquence relativement grande de grossesses terminées normalement chez des femmes ayant eu une infection puerpuérale grave.

Malgré ces considérations, qui nous ont montré les arguments des interventionnistes et des abstentionnistes, il nous semble bien délicat de préciser les indications de l'hystérectomie. Nous pouvons, cependant, conclure :

1° *Dans l'infection post-partum.* — Le curettage devant être absolument prescrit dans l'infection *post-partum* la règle de J.-L. Faure n'a dans ces cas, aucune valeur, d'autant plus que l'infection est beaucoup plus grave que dans le *post-abortum*. Ces moyens de défense de l'accouchée sont très réduits. Peut-être existe-t-il chez certaines malades un moment où l'on pourrait tenter l'hystérectomie il est bien délicat de le fixer, passé ce moment, l'hystérectomie tentée tardivement semble donner des résultats désastreux.

Sur les sept malades infectées *post-partum*, dont nous publions les observations nous avons trois guérisons et quatre morts.

Sur ces trois guérisons dans l'une (observation n° I) l'hystérectomie a été pratiquée tardivement après plusieurs interventions, l'état de la malade semblait bien nécessiter l'opération. Les deux autres (n° II et III) rétention irréductible du placenta et hémorragies tardives répondent aux indications certaines dont nous avons déjà parlé.

Parmi les quatre morts, il y a deux formes d'hémorragies tardives l'une n° VI, l'autre n° IV, ici l'intervention semble bien tardive. Quant au cas n° VII il s'agit d'abcès utérins, nous en connaissons le pronostic grave, l'hystérectomie tardive n'a rien donné. Quant à l'observation n° V, l'intervention fut très tardive alors que la malade était presque mourante, un incident opératoire a emporté la malade.

2° *Dans l'infection* post-abortum. — Nous marchons ici sur un terrain plus ferme. L'utérus *post-abortum* est beaucoup moins vascularisé, les lymphatiques n'ont pas atteint leur développement maximum. Toutes ces raisons font que, dans les formes graves d'infection la lésion reste beaucoup plus longtemps localisée à l'utérus et aux régions adjacentes. Souvent il s'agit d'avortements provoqués et l'utérus a été

lésé par l'instrument qui a provoqué la manœuvre; enfin chose importante, l'hystérectomie est beaucoup plus facile chez les femmes au début de la grossesse.

J.-L. Faure a émis le principe suivant : « Si vingt-quatre à quarante-huit heures après un curettage la fièvre reste élevée, les signes généraux restent graves, il faut pratiquer l'hystérectomie ». C'est là certes un principes un peu trop absolu. Brindeau avec observations à l'appui a montré au cours d'une discussion contradictoire à la clinique Tarnier qu'en suivant cette loi à la lettre on pratiquerait des hystérectomies en bien trop grand nombre. Au cours de la discussion à la Société de Chirurgie de Paris, beaucoup de chirurgiens se sont ralliés à l'opinion de J.-L. Faure, un certain nombre aussi en admettant une réelle valeur à la règle de J.-L. Faure, ne l'appliquent pas toujours, la trouvant un peu trop absolue.

Nous publions onze cas d'infectées *post-abortum* : avec quatre guérisons.

Sur ces quatre guérisons, trois d'entre elles (n° VIII, IX, X) dues à l'obligeance de M. le Dr Mahon ont été faites précocement, la quatrième guérison concerne une gangrène utérine (n° XI), la malade n'aurait certainement pas guéri sans intervention.

Dans les sept cas de mort, une fois observation n° XII, l'intervention fut très précoce ; dans l'observation n° XIV, l'intervention eut lieu quatre jours après le curage : mort ; dans l'observation n° XVII, l'opération fut très tardive, elle est vouée à un échec presquecertain; dans l'observation n° XVIII, il s'gît d'une gangrène utérine, l'opération fut précoce et pourtant il y eut échec ; dans l'observation n° XIII, hémorragie tardive ; la malade a été amenée bien tardivement dans un centre chirurgical ; dans l'observation XVI, il s'agissait d'une putréfaction fœtale, chez une femme très fatiguée, peut-être l'hystérectomie est-elle un peu tardive. Dans la dernière, n° XV, l'opération faite précocement a amené une très longue amélioration et la malade est morte de complications lointaines.

Il n'en reste pas moins vrai que là encore l'hystérectomie

doit être exceptionnelle si nous en jugeons par les chiffres donnés par les interventionnistes. J. L. Faure dit n'être intervenu que trois à quatre fois pour plusieurs centaines de cas. Tuffier n'en a pratiqué que sept en vingt ans avec quatre succès et trois guérisons.

Péritonites et septicémies puerpérales.

Il faut distinguer deux formes :

1° septicémies péritonéales.

2° Péritonite puerpérale à proprement dire.

1° *Septicémies péritonéales.* — Dans cette forme tout le monde est d'accord pour dire que l'hystérectomie est à rejeter.

2° *Péritonites puerpérales à proprement parler.* — Ici le péritoine n'est touché que secondairement à une infection utérine, on peut la voir dans deux circonstances différentes :

a, La péritonite fait suite à un accident brusque; il peut s'agir d'une rupture ou perforation de l'utérus, ou d'une rupture de pyosalpinx. Cette forme revêt l'allure des péritonites chirurgicales; elle est éminemment justiciable du traitement chirurgical appliqué précocement.

b, La péritonite apparaît sans l'intervention de ce facteur initial.

Ici la péritonite est la conséquence de l'extension progressive de l'infection utérine, dans cette forme les lésions utérines sont constantes. L'intervention chirurgicale paraît donc formellement indiquée, malheureusement elle ne donne des résultats que si elle est appliquée précocement. Or le diagnostic est hérissé de difficultés. Au lieu d'arrêt des matières et des gaz, on voit souvent une diarrhée fétide avec incontinence des matières. Le ballonnement du ventre est un signe tardif ou trop tardif, les vomissements apparaissent en général tardivement.

Pozzi et Chomé insistent beaucoup sur la douleur vive au niveau de l'utérus, douleur d'une extrême sensibilité que la moindre palpation révèle, ce serait là pour Chomé un signe précoce qui existe presque toujours. Cette douleur s'accompagne presque nécessairement d'une défense avec immobilité

de la paroi sous-ombilicale. Lorsque la péritonite se propage, cette douleur s'atténue complètement pour faire place à une douleur plus diffuse, plus étendue en même temps que les signes généraux s'aggravent.

Devant ces signes précoces, il faut traiter chirurgicalement ces malades au plus vite. L'intervention pratiquée en général est une laparotomie simple avec drainage au Mikulicz.

Doit-on faire l'hystérectomie ?

S'il s'agit d'une péritonite, localisation d'une septicémie, les gynécologues sont unanimes à repousser l'hystérectomie, étant donné l'absence de lésions génitales. Mais même dans ce cas Suzor dans sa thèse fait des réserves et dit : « Il nous paraît préférable d'enlever l'utérus même si celui-ci apparaît macroscopiquement sain au cours de la laparotomie, car on s'aperçoit quelquefois, cet organe enlevé, qu'il présente à la coupe, des microabcès dont on ne pouvait soupçonner la présence auparavant ». Suzor cite quatre observations, où dit-il les malades ont été sauvées par l'hystérectomie. Dans les péritonites à point de départ génital, certains chirurgiens sont partisans de l'hystérectomie systématique ; c'est l'avis du professeur Lecène qui déclare « qu'il n'est pas de plus grosse faute lorsqu'on fait une laparotomie pour péritonite que de s'en tenir là sans rechercher la cause et la traiter. »

Certains auteurs au contraire sont loin de partager cette manière de voir. Tissier, Cadenat, J.-L. Faure, Voron, disent que l'hystérectomie est une opération beaucoup trop choquante chez les péritonitiques. M. le professeur Andérodias, à l'occasion d'une observation publiée par Mahon en 1932 à la Société d'obstétrique et de gynécologie n'est pas partisan de l'hystérectomie et conseille d'intervenir précocement, de réduire l'opération au minimum ; Houel et Ezès se rangent à son avis.

Nous ne conseillons donc l'hystérectomie que dans les cas où l'utérus est sphacelé ou perforé ou encore dans les c où l'utérus est transformé en véritable éponge purulente.

En résumé, sauf dans les cas extrêmes, nous nous conten-

terons du drainage et de la laparotomie et ne toucherons pas à l'utérus.

Septicémies. — Elles sont ou primitives et là l'opération est dangereuse ; ou secondaires à une lésion utérine.

Nous avons longuement discuté des indications de l'hystérectomie dans les formes utérines à tendance septicémique, au cours d'un chapitre précédent.

Disons seulement quelques mots sur une forme particulière au sujet de laquelle Chomé a insisté particulièrement. « Ce sont, dit-il[1], certaines infections putrides à perfringens qui s'accompagnent d'un ictère hémolytique, d'hémoglobinémie, et d'hémoglobinurie. L'expérience montre que dans ces formes le perfringens est longtemps cantonné au niveau de l'utérus, ce sont ses toxines qui provoquent les phénomènes d'hémolyse. Dès qu'on voit apparaître cette triade symptomatique : ictère, laquage du serum sanguin, et hémoglobinurie, il faut faire l'hystérectomie ; bien souvent hélas l'intervention sera incapable d'enrayer la marche de l'infection ». Nous n'avons rencontré aucune forme revêtant ce type clinique, nous ne pouvons donc juger de la question.

Quant aux phlébites utéro-pelviennes, elles ont fait l'objet d'une thèse très récente à Bordeaux, elles ont un traitement chirurgical particulier : les ligatures veineuses.

Certains auteurs ont voulu y adjoindre l'hystérectomie ; quelques cas ont été signalés même avec succès. Il semble cependant que la majorité des accoucheurs semble s'en éloigner pour les mêmes raisons qui les fait hésiter à admettre définitivement et sans discussion l'hystérectomie au rang des méthodes de traitement des formes graves de l'infection puerpuérale. De plus cette opération est plus choquante que la simple ligature des veines pelviennes. Malgré nos recherches nous n'avons trouvé à Bordeaux aucune observation de ligature veineuse avec hystérectomie.

1. Leçons du jeudi soir à Tarnier, 1928.

CHOIX DE L'HYSTERECTOMIE

L'hystérectomie étant décidée, quelle voie allons-nous choisir ? Voie vaginale ou abdominale ? L'une et l'autre des deux techniques ont leurs défenseurs. C'est J.-L. Faure qui fut le premier le grand défenseur de l'hystérectomie vaginale : « L'hystérectomie vaginale pratiquée dans les trois ou quatre premiers jours lorsque le vagin est extrêmement lâche et l'utérus souple est en général très facile. Cadenat, élève de J.-L. Faure, dans un article de la *Presse Médicale* 1920 (p. 33), a détaillé la question et exposé les arguments en faveur de l'hystérectomie vaginale. « Les gros avantages sont d'être une opération rapide qui demande trois à quinze minutes à des mains entraînées, d'être peu choquante par conséquent, de ne pas exposer, comme la voie haute, à une contamination du péritoine, enfin d'établir un large drainage en bonne place. Tous ces avantages en font, à notre avis, la voie de choix. » Et il ajoute : « L'examen local n'intervient qu'en seconde ligne et pour montrer qu'il n'y a pas une contre-indication à la voie vaginale. Il rend compte de la souplesse des culs-de-sac et de la mobilité utérine qu'on a pu apprécier encore mieux lors du curettage, en faisant des tentatives d'abaissement de l'organe ». On trouvera aussi dans l'article précité tous les détails de technique. Chomé, dans sa leçon du jeudi soir à la clinique Tarnier sur le traitement chirurgical des infections puerpuérales, porte sa préférence lui aussi sur l'hystérectomie vaginale, en raison de l'excellent drainage du petit bassin.

Mais l'hystérectomie abdominale n'a pas perdu tous ses droits. L'hystérectomie vaginale est difficile surtout après

l'accouchement à cause de l'extrême friabilité et du volume de l'organe. De plus l'hystérectomie vaginale est aveugle. MM. les professeurs Andérodias et Jeanneney signalent un cas d'adhérence d'une anse intestinale au fond utérin, cas où l'hystérectomie vaginale n'aurait certes pas donné un bien brillant résultat. Nombre de chirurgiens et des meilleurs rompus à l'hystérectomie vaginale, reconnaissent d'ailleurs avoir eu recours à la voie haute ayant commencé sans succès par la voie basse l'exérèse utérine.

L'hystérectomie abdominale permettant de se rendre compte exactement de l'état de l'utérus, du péritoine et des veines périutérines (ce qui peut parfois décider le chirurgien à pratiquer une ligature veineuse), offre avec le Mikulicz maintenant bien mis au point, toutes les garanties de drainage. Elle devra être faite avec rapidité après avoir protégé la cavité abdominale par des compresses de façon à bien isoler la séreuse et l'intestin, l'utérus infecté sera enlevé en bloc de préférence par la subtotale; car l'hystérectomie totale allonge l'acte opératoire et augmente les chances de septicité. C'est pourquoi la plupart des auteurs : Autefage, Auvray, Desnoyers, Delannoy, Jeanneney, Mahon, utilisent la voie haute qui semble de plus en plus gagner des partisans.

D'ailleurs, J.-L. Faure, lors du Congrès d'obstétrique et gynécologie de 1931, à la suite des rapports de MM. les professeurs Andérodias, Pery, Couvelaire, déclarait qu'il n'était nullement opposé à l'hystérectomie abdominale; s'il avait tant prôné l'hystérectomie vaginale c'est qu'elle était à ce moment moins grave que l'hystérectomie abdominale. Mais aujourd'hui grâce au Mikulicz l'hystérectomie abdominale est devenue elle-même beaucoup moins grave dans ce cas-là.

En résumé, dans les infections puerpuérales, l'hystérectomie abdominale est préférable à l'hystérectomie vaginale.

RÉSULTATS

Les statistiques ont ici bien peu de valeur, pour plusieurs raisons, bien souvent l'hystérectomie est pratiquée sur une femme mourante pour tenter la dernière chance de salut, bien souvent certains chirurgiens opèrent des femmes qui auraient sans doute guéri sans intervention, d'autre part dans leurs statistiques les auteurs mélangent les infections post-partum et post-abortum.

Citons-en cependant quelques-unes :

	Nombre de cas	Guérison	Mort
Zipperlin : 1899	74	36	38
Tuffier : 1901	48	28	17
Tehling : 1902	61		55 %
Corliguera : 1903	141	68	73

Benoist dans sa thèse (Paris 1922) donne 60 % de mortalité.

Le pronostic des cas graves n'est pas si mauvais qu'on le croit. La mortalité en ne prenant que les cas très graves n'est que de 11 % environ. La mortalité sur ces malades gravement atteintes en pratiquant systématiquement l'hystérectomie selon la règle de J.-L. Faure serait supérieure à 11 %.

Cadenat a apporté au Congrès de gynécologie et obstétrique de 1921 : 14 cas d'infection puerpuérale dont 9 post-abortum et 5 post-partum; la mortalité globale après hystérectomie est de 11 morts et 3 guérisons, soit 21 %.

Post-abortum : 8 morts; 1 guérison.

Post-partum : 3 morts; 2 guérisons.

Ici l'hystérectomie post-partum paraît moins grave que l'hystérectomie post abortum; dans notre statistique il en est ainsi, mais c'est contraire à toutes les autres statistiques plus importantes parues.

Brindeau a obtenu 5 guérisons sur 7 observations. Fourmestraux de Chartres fit une fois l'hystérectomie pour une infection post-partum, 5 fois pour une infection post-abortum et obtint 3 guérisons sur ces 6 interventions. Auvray, signale 3 guérisons sur 9 hystérectomies, et Delannoy, 4 guérisons sur 6 hystérectomies.

A Bordeaux la thèse de Dupin (1922), signale 5 hystérectomies avec 4 morts. Il nous est difficile d'établir une statistique sérieuse en raison du nombre relativement restreint, d'observations que nous publions.

Pour le post-partum :

sur 7 malades : il y a 4 morts et 3 guérisons, soit : 57 % de mortalité.

Pour le post-abortum :

sur 11 malades, il y a 7 morts et 4 guérisons, soit : 63 % de mortalité. Nous voyons donc que le taux de la mortalité reste très élevé.

OBSERVATIONS

1° Observations d'infections post-partum

Observation I

Infection post-partum. Hystérectomie. Guérison.

(observation résumée due à l'obligeance de M. le Pr Jeanneney.)

Mme M., 22 ans, accouche normalement, le 22 décembre 1932.

Au 6e jour après l'accouchement, la température jusqu'alors normale monte, aucune douleur. Quelques frissons. Les pertes sont normales, la température continue à monter : l'utérus est normal, on note seulement un empâtement des annexes gauches. On glace le ventre pendant trois jours, l'état reste stationnaire.

Au 10e jour, la température monte : 39° 4, la malade est très fatiguée. Pouls rapide. On pratique alors une colpotomie qui ramène une sérosité louche. La fièvre reste élevée, les phénomènes généraux graves.

Au 14e jour, on pratique alors un curettage très prudent, qui ne ramène aucun débris. La fièvre de 39° 5 qu'elle était avant le curettage, baisse un peu pour remonter ensuite le surlendemain avec un cortège de signes graves : pouls 130. Température 39° 7, la malade a un facies très fatigué.

Au 18e jour. On décide de pratiquer une hystérectomie abdominale. Elle est faite rapidement sans incident opératoire. On draine au Mikulicz.

La malade guérit sans complications.

Observation II

Infection post-partum. Hystérectomie. Guérison.

Service d'Isolement de Canolle. Année 1933 (n° 105 du registre).

Mme X..., 24 ans. Entre le 11 mars 1933, trois heures après son accouchement, parce que la délivrance n'a pas pu être faite. La malade est très fatiguée par des pertes de sang abondantes. Température normale. Pouls petit à 80. La délivrance artificielle permet de constater un petit enchatonnement de la corne utérine, et une muqueuse en très mauvais état.

Dès le 5e jour, l'état général s'altère progressivement. Le 17 mars température : 38° 2. Pouls : 95. Utérus gros, peu douloureux.

Le 19 mars, température : 39° 4; pouls : 110. La malade est de plus en plus pâle. L'utérus est très douloureux au palper.

Le 20 mars, température 39°5, pouls à 120. Le 21 mars, température 39° 5, pouls : 125.

Le 22 mars, soit 11 jours après l'accouchement, l'anémie intense nécessite une transfusion (250 cc), suivie aussitôt d'une hystérectomie vaginale (Dr Lafargue). Pinces à demeure enlevées le 3e jour. Suites opératoires normales. La malade sort le 23 avril en bon état.

Observation III

Forme métrorragique de l'infection puerpérale. Hystérectomie, Guérison.

M. K..., 20 ans, primipare accouche spontanément le 18 août 1934, d'une fille de 4 k. 500. Rupture des membranes à dilatation complète. Délivrance naturelle. Pas de lésions des parties molles. Suites apyrétiques. Pouls normal, lochies normales pendant les cinq premiers jours.

Le 6e jour, température 38°, abcès de fixation qui évoluera tardivement.

Au 7e jour, hémorragie abondante de sang rouge.

Le 8e jour, expulsion de gros caillots et frissons. La température monte progressivement pour atteindre 39° 2.

Au 12e jour : avec pouls à 130, le matin du 12e jour, et 40°2 le soir.

C'est à ce moment que le Dr Mahon voit la malade : facies très pâle, langue un peu blanche, humide, ventre légèrement météorisé mais souple, sans défense ni point douloureux. Au toucher col fermé; corps gros, mou, mal involué.

Hystérectomie subtotale le soir du 12e jour après l'accouchement et du 6e après le début des accidents. Mickulicz : drainage vaginal. Paroi en un plan au fil d'argent.

Suites immédiates alarmantes. La malade rend les gaz dans les délais normaux et dès le 3e jour paraît hors de tout danger immédiat. La température reste en plateau autour de 38° 5 puis se met à osciller entre 38° et 39°.

Le 14e jour apparition d'une phlébite droite. Le jour de l'opération la malade a reçu 100 cc. de sérum antisptreptococcique de Vincent qui a été continué à dose décroissante jusqu'à l'apparition de la phlébite (en tout 700 cc.). Evolution rapide et favorable de la phlébite droite puis au 23e jour apparition d'une phlébite gauche.

Du 31e au 37e jour la température est presque normale, elle remonte le 38e jour pour atteindre 40° et 6/10 le 43e jour, en même temps qu'évolue une grosse poussée phlébitique à la saphène gauche, jusqu'alors intacte. En même temps l'etat général devient

mauvais : délire, ballonnement du ventre. Une consultation a lieu avec le médecin traitant de la malade et le professeur Dupérié. Un nouvel abcès de fixation est fait et 750 cc. de sérum de Vincent sont injectés dans les 10 jours qui suivent.

L'effervescence s'amorce à partir du 44e jour, le 49e jour la température tombe à 37° 5 qu'elle ne dépassera plus désormais. L'œdème phlébitique se résorbe très rapidement.

Examens de laboratoire : Une hémoculture fut pratiquée au 43e jour : négative.

Examen histologique de la pièce. — Inflammation profonde et intense de la muqueuse utérine n'atteignant pas le muscle utérin. Aucune rétention placentaire.

Observation IV

Infection post-partum. Hystérectomie abdominale. Mort.
Année 1929. Service d'Isolement de Canolle (n° 330 du registre.)

Mme X..., 29 ans.

Première grossesse à 27 ans, normale. Suites de couches normales.

Deuxième grosse actuelle.

Le 4 août, accouchement normal fait à Mérignac. La malade arrive à l'hôpital à 11 heures : température 36° 4; pouls : 64. Suites de couches absolument normales jusqu'au 9e jour.

Le 13 août. Sans prodromes, hémorragies brutales, abondantes, sans cependant que l'état général soit atteint. Une révision utérine montre la cavité absolument vide avec utérus restant un peu gros et col béant. Après la révision, température : 37° 4, pouls : 90.

Le 14 août : température 37° 5, pouls : 80. L'état général reste bon mais il persiste un saignotement de l'utérus.

Le 15 août : même état local. Mais la température et le pouls montent. Dans l'après-midi, frisson, température : 40° 5, et dans la soirée, nouvelle hémorragie plus abondante que la première, avec signes d'anémie aiguë.

Traitement : sérum sous-cutané, huile camphrée. Tamponnement utérin.

Le 16 au matin. On retire la mèche, l'hémorragie reprend, on replace un tamponnement d'attente serré avec une mèche imbibée d'hémostyl, et on décide l'hystérectomie.

Intervention le 16 août à 23 heures (Docteurs Mangé et Boursier). A l'ouverture du péritoine, on découvre des anses intestinales hyperémiées, puis un utérus un peu gros et pâle. Hystérectomie subtotale. Mikulicz.

A l'examen de l'utérus ouvert : il n'y a pas de rétention, la zone placentaire présente du sphacèle superficiel. Au-dessous de la zone placentaire le muscle est infiltré de sérosité purulente qui sourd à la pression de l'utérus sur une épaisseur de un demi-centi-

mètre environ. Le reste de l'utérus paraît macroscopiquement normal.

La malade est très fatiguée par l'intervention et meurt le 18 août à 9 heures.

L'hémoculture faite le 17 a montré la présence de streptocoque hémolytique.

L'enfant nourri par sa mère jusqu'au moment de l'intervention a présenté des troubles de toxi-infection intestinale et est décédé le 20 août.

Observation V

Infection post-partum. Hystérectomie abdominale. Mort.

Hôpital Boursier, année 1931, Service de M. le Pr Andérodias

(nº 339 du registre.)

Mme X..., 21 ans, primipare.

Le 3 mai, travail long, rupture prématurée des membranes, contracture utérine. L'enfant n'a pu être ranimé.

Aussitôt après l'accouchement, utérus très rétracté et dur. Malgré un 1/2 cc. de morphine la contracture ne cède pas.

Délivrance artificielle sous-anesthésie générale au chloroforme. Le placenta est encore adhérent en totalité. Injection intra-utérine iodée. Température après l'accouchement : 37º 9.

Le 4 mai : température : 37º 5, puis 37º 9, avec pouls à 105.

Le 5 mai au matin, petit frisson; température : 39º 7, pouls 110. Utérus dur, rétracté. Ventre souple, plat, indolore.

A midi, grand frisson prolongé.

A 17 h. pouls : 140. Température 40º 8. Facies de grande infectée. On pratique une hémoculture qui sera positive au streptocoque hémolytique.

Devant cet état non douteux de septicémie suraiguë, on pense qu'une hystérectomie immédiate est la seule chance de sauver la malade (consultation du Professeur Andérodias et du Dr Jean Villar).

A 21 h. 30 : intervention (Docteur Mahon). Anesthésie éther-Ombredanne.

Trendelenbourg. Laparotomie sous-ombilicale. Hystérectomie subtotale suivant le procédé de Terrier. Mikulicz. Mauvaise anesthésie. Durée : 35 minutes.

Deux heures après l'opération la malade meurt d'une hémorragie très abondante due à une mauvaise ligature, malgré une réintervention immédiate.

Un prélèvement utérin après hystérectomie montre la présence de staphylocoques et de streptocoques au niveau de la plaie placentaire.

Examen anatomo-pathologique : muscle utérin parfaitement reconnaissable malgré une cytolyse assez marquée, surtout en certains points où il est le siège d'un œdème considérable. Lymphatiques bourrés de leucocytes avec par places de véritables abcès de toute taille. La pièce a l'aspect d'une éponge pleine de pus.

Observation VI

Infection post-partum. Hystérectomie abdominale. Mort.

(Année 1933. Service d'Isolement de Canolle (n° 292 du registre).

Mme X..., 34 ans. Entrée le 8 août 1933.

Deux premières grossesses : normales à 21 et 25 ans.

Troisième grossesse : avortement de 2 mois et demi à 27 ans;

Quatrième grossesse : normale, à 29 ans.

Cinquième grossesse : avortement d'un mois et demi à 32 ans;

Sixième grossesse actuelle à 34 ans.

Dernières règles du 30 octobre au 6 novembre 1932. La grossesse a évolué normalement. La malade perd les eaux prématurément le 4 août. Le 6 août, application de forceps, suivie d'hémorragie abondante. Depuis l'accouchement la température oscille entre 39° et 41°.

La malade entre à Canolle le 8 août au matin. On procède immédiatement à un curage digital qui ramène des débris placentaires, et montre une plaie utérine extrêmement anfractueuse.

Les jours suivants la température reste élevée, le facies est jaune, les muqueuses décolorées; 50% d'hémoglobine, pertes vaginales très fétides. A la suite de quelques injections elles deviennent moins fétides.

Sérum de Normet. Abcès de fixation le 10 août, réchauffé le 11 août et semblant alors réagir.

L'état général s'améliore lorsque, le 13 août, survient une métrorragie abondante. La malade pâlit, le pouls est à 150.

Sérum de Normet intra-veineux, sérum sous-cutané, etc. Une exploration intra-utérine rapide ramène des caillots très fétides sans permettre de constater de débris placentaires.

Vers 21 heures la malade étant un peu mieux on décide d'intervenir.

Hystérectomie subtotale rapide (Dr Mahon). Ligature première des pédicules utéro-ovariens et ronds. Pinces de J.-L. Faure sur les utérines. Section du col. Mèches dans le canal cervico-vaginal. Ligature des utérines. Mikulicz à deux mèches dans le Douglas. Suture en un plan de la paroi.

Le pouls est assez bon après l'intervention, mais il devient plus rapide et mou le lendemain, la température étant de 38° le matin, 39° le soir, et la malade meurt brusquement le 15 au matin.

L'utérus ouvert présente une muqueuse en putréfaction, le muscle utérin est même envahi par le sphacèle.

Examen anatomo-pathologique de la pièce : elle est prélevée en plein muscle utérin et ne comprend pas la muqueuse. Les faisceaux musculaires sont dissociés par l'œdème, les fibres qui les constituent sont elles-mêmes boursouflées et se colorent mal. De nombreuses traînées leucocytaires s'infiltrent en plein muscle, formant par places de véritables abcès miliaires; en certains points cette infiltration est telle que le muscle a l'aspect d'une éponge pleine de sérosité purulente. Ce prélèvement semble avoir été fait dans un utérus profondément infecté.

Observation VII

Infection post-partum. Hystérectomie abdominale. Mort.

Clinique Boursier (mai 1934, Service de M. le Pr Andérodias.)

Mme X..., entre à Boursier le 29 mai après accouchement fait en ville; rupture prématurée des membranes, accouchement normal.

Au 5e jour : pouls : 105; température : 38° 4; lochies fétides; douleur spontanée au niveau de la moitié droite de l'utérus. Au 8e jour, à son entrée à l'hôpital : pouls : 110, température : 39° 2. Persistance de la douleur. A l'examen on constate un utérus un peu mou, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Au toucher, col mou et béant, culs-de-sac souples et non douloureux. La contracture légère de la paroi à droite ne permet pas de palper l'annexe de ce côté.

Glace sur le ventre, septicémine intraveineuse, abcès de fixation.

Au 9e jour : pouls : 110, température : 38° 5. L'abcès de fixation prend immédiatement. Pertes abondantes et légèrement fétides. L'utérus a diminué de volume. Il persiste une légère douleur de la corne droite.

Les jours suivants, le pouls et la température baissent.

Au 15e jour, la palpation montre une zone indurée siégeant au niveau de l'arcade crurale droite, d'une dureté ligneuse, avec diminution de la mobilité utérine. L'utérus est gros, mou, douloureux. Au toucher, cul-de-sac latéral droit absolument souple.

Au 16e jour : la température est de 39°, le pouls à 100. Grand frisson.

Au 18e jour : température 39° 3, pouls : 105. Nouveau frisson.

On décide alors d'intervenir. La malade est transéatée dans le service de M. le Professeur Guyot.

Hystérectomie abdominale subtotale. Mikulicz. On trouve un abcès utérin au niveau de la corne droite.

Après une amélioration légère et passagère, la malade meurt 48 heures après l'intervention.

2° Observations d'infections post-abortum

Observation VIII

Infection post-abortum. Hystérectomie abdominale. Guérison.

(Observation résumée due à l'obligeance de M. le Dr Mahon.)

Mme V..., 35 ans. 3 enfants vivants. Fausse couche commencée depuis 48 heures. Rétention placentaire. Curage digital. Curettage le 25 juin.

Les 26, 27, 28 juin, trois frissons successifs. Température à 40°. Hystérectomie subtotale (Dr Mahon) sous-anesthésie à l'éther. Mikulicz. Défervescence. Guérison.

Observation IX

Infection post-abortum. Péritonite. Hystérectomie abdominale. Guérison.

(Observation résumée due à l'obligeance de M. le Dr Mahon.)

Mlle X..., 29 ans, pas de grossesse antérieure avouée, est envoyée à l'hôpital Saint-André par un chirurgien des hôpitaux pour perforation utérine. Température 39°. Pouls à 120, ventre de bois.

Laparotomie (Dr Mahon), anses rouges légèrement dilatées, péritoine dépoli, pas de perforation. Hystérectomie subtotale. Mikulicz. Parois en trois plans.

Utérus gravide de 2 à 3 mois, œuf décollé mais encore *in utero*, pas de perforation ni de lésions traumatiques apparentes. Défervescence en lysis.

Guérison sans incident sauf fistule vésicale au 10e jour traitée par la sonde à demeure et guérie le 20e jour.

Observation X

Infection post-abortum. Hystérectomie abdominale. Guérison.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Mahon.)

Mme X... avortement de trois mois, au début de mai 1930. Pertes sanglantes abondantes depuis lors.

Curettage sous-anesthésie le 19 juin par le Dr Chauvenet. Température après curettage : 39°, qui tombe à 37° le 21 juin.

Dans la nuit du 21 au 22 juin, grand frisson d'une durée d'une heure et demie; température : 40°.

Le 22 juin à 14 h. 30, hystérectomie subtotale (Dr Mahon). Ligatures préalables et Mikulicz. Intervention très simple et très rapide.

Le 22 au soir température : 38°.

Le 23 au matin : 37° 8. Le soir : 39°. Abcès de la paroi.

Congestion pulmonaire.

Guérison.

Observation XI

Infection post-abortum. Hystérectomie abdominale. Guérison.
(Service d'isolement de Canolle. Année 1932).

Mme X..., espagnole de 22 ans. Entrée le 31 juillet 1932. La malade a perdu les eaux dans la nuit du 29 au 30, et expulsé le fœtus le 30. Le 31 elle fait appeler son médecin qui la dirige sur Canolle.

A son entrée : température : 38°. Pouls : 140.

Curage digital à 16 h. Le placenta est dans le col, et sort avec des débris sphacelés extrêmement fétides. On constate une perte de substance sur la partie postérieure de l'insertion placentaire.

Après le curage le pouls reste rapide. La région sous-ombilicale est très douloureuse même à l'effleurement.

Le 1er août au matin, amélioration notable. Le pouls est à 100, bien frappé, la température de 36° 8. Mais l'abdomen est toujours immobile et très douloureux au-dessous de l'ombilic.

Au toucher : utérus immobile et douloureux, culs-de-sac souples mais sensibles.

Le 2 août l'amélioration persiste. Le pouls descend à 84. Cependant même état local inquiétant.

Dans la nuit du 2 au 3, le pouls s'accélère et faiblit. Vomissements bilieux.

Intervention le 3 août à 12 h. (Dr Lafargue). Anesthésie à l'éther. A l'ouverture de l'abdomen il s'échappe une sérosité sanguinolente très fétide. L'utérus est gros et mou, couleur de feuille morte, avec des adhérences lâches du fond aux anses voisines. Saisi avec la pince, il se déchire et laisse échapper des gaz.

Hystérectomie atypique et castration gauche. Les vaisseaux utérins sont complètement trombosés, le cul-de-sac de Douglas est tapissé de fausses membranes diphtéroïdes.

Drain vaginal par l'orifice du col, Mikulicz arrosé de sérum antigangréneux de l'Institut Pasteur. 20 cc. de sérum antigangréneux et 20 cc. de sérum antistreptococcique de Vincent sous la peau. Un litre de sérum physiologique sous-cutané.

Le 4 août. La malade paraît avoir bien supporté l'intervention. Cependant le pouls reste à 120 et la langue est un peu sèche. La malade sort le 13 septembre, en bon état.

Examen de la pièce : utérus gros, couleur de feuille morte dans sa partie postéro-supérieure.

A la coupe la zone décolorée est très amincie, la muqueuse est réduite à l'état de bouillie brune, fétide. Il existe à ce niveau une petite perte de substance régulière, arrondie, qui ne semble pas due aux manœuvres opératoires.

Le liquide prélevé dans l'utérus est sanglant, avec de très nombreux microbes (bâtonnets à type perfringens, diplo-streptocoques et cocci à Gram +.

Observation XII

Infection foudroyante post-abortum. Hystérectomie. Mort.

(Due à l'obligeance de M. le Pr Andérodias.)

Mme X..., troisiémipare fait demander M. le Pr Andérodias un dimanche matin pour douleurs abdominales et pertes de sang. La malade avoue s'être fait avorter la veille au soir d'une grossesse d'environ 4 mois et demi. La malade présente un état général déplorable; facies très fatigué, réaction péritonéale, au toucher on note une douleur dans le cul-de-sac antérieur.

L'hystérectomie est décidée immédiatement et pratiquée aussitôt par M. le Dr Jean Chavannaz. On trouve alors un utérus perforé avec infarctus hémorragique de la paroi. La malade meurt 24 heures après l'intervention.

Observation XIII

Infection post-abortum. Hystérectomie abdominale. Mort.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Mahon.)

Mme H..., 34 ans, 3 enfants vivants.

En juillet 1929, fausse couche, curettage par le Dr X...

Depuis irrégulièrement réglée, dernières règles normales dans les premiers jours d'août.

Le 10 septembre au cours de son travail, hémorragie génitale brutale avec syncope, puis perte de sang continue, fièvre et frissons. Température non vérifiée.

Le 20 septembre, soit dix jours après, elle arrive à l'hôpital St-André où le Dr Mahon la voit immédiatement.

La malade a la pâleur ivoirine des grandes hémorragiques, les traits sont tirés, le facies anxieux, la malade ne perd plus.

Température : 38° 4, Pouls : 120.

Col ouvert et débris placentaires à l'orifice externé.

Curage digital aidé très prudemment de la curette mousse avec vérification utérine attentive.

Le 21 : température : 39° 4.

Les jours suivants : température en plateau autour de 39° 4. Hémoculture négative.

Le 24 au soir : hystérectomie. Température en lysis, puis hectique.

On fait un abcès de fixation qui ne prend pas.

Le 30, soit 6 jours après l'hystérectomie : mort.

Observation XIV

Infection post-abortum. Hystérectomie abdominale. Mort.

(Hôpital Boursier, Observ. n° 322 registre 1932.)

Service de M. le Pr Andérodias.)

Mme X..., âgée de 28 ans, entre à Boursier le 24 avril 1932.

Dernières règles : 25-30 janvier 1932.

Le 24 avril : à 13 heures, chute de voiture, contusions au niveau des cuisses, hémorragie très abondante ; elle perd encore à son entrée à Boursier. Pouls : 96 bien frappé.

A l'examen : col ouvert, le doigt arrive sur des débris placentaires. Curage digital assez laborieux. Injection intra-utérine.

Le 25 avril, la température est à 39°, le 26 elle atteint 40° pour monter à 41° le 27 avril. On décide alors après avis du Pr Andérodias de tenter l'hystérectomie.

Intervention le 28 à 21 h. (Mahon).

Hystérectomie abdominale subtotale, sans incidents opératoires. Protection minutieuse des anses grêles. Mikulicz dans le Douglas.

Le lendemain de l'intervention la température descend à 37°. Pouls à 110. Etat général bon, puis dans la soirée le pouls et la température s'élèvent sans signes de localisation.

Le 30, température 39°. Pouls 125. Le 31, température : 39°, pouls 130, sérum antistreptococcique de Vincent 100 cc. Le 1er mai, température à 40°, pouls 140.

Pendant 4 jours la température et le pouls restent aussi élevés, malgré une légère amélioration dans la journée du 4 mai, l'état s'aggrave le 5 mai et la malade meurt le 6 mai soit 8 jours après l'hystérectomie.

Examen de laboratoire : B.-W. négatif. Hémoculture le 2e et le 3e jour négative.

Examen de la pièce opératoire : paroi utérine œdématiée, fibres dissociées par l'œdème, traînées leucocytaires, granulations inflammatoires bourrées de poly. Un fragment est constitué par une membrane pyogène, l'autre est un caillot infecté.

Observation XV

Infection post-abortum. Hystérectomie. Mort.

(Pavillon d'isolement de Canolle. Registre année 1932, n° 484.)

Mme N..., multipare entre à l'hôpital le 14 décembre après un avortement de 3 mois qui s'est effectué le 13.

A son arrivée : température 37° 6. Ventre douloureux. Curage qui ramène des débris placentaires très fétides, avec muqueuse utérine anfractueuse.

Le lendemain, état général grave : température : 39° 9. Pouls : 130. Facies toxique. On pratique ce jour même dans la soirée une hystérectomie abdominale subtotale (Dr Lafargue). Mikulicz et drainage vaginal.

On note alors une grosse suppuration par la paroi du vagin qui s'arrête et reprend dix jours après. La malade maigrit considérablement. Une angine et une fistule intestinale surviennent quelques jours avant sa mort, 2 mois et demi après l'intervention.

Observation XVI

Infection post-abortum. Hystérectomie vaginale. Mort.

(Année 1933. Service d'isolement de Canolle, n° 189 du registre.)

Mme X..,, 31 ans, entre le 8 mai 1933.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels et héréditaires. Actuellement première grossesse. Les dernières règles datent du 13 au 16 février 1933.

La malade dit être tombée de voiture le 7 mai à 15 heures. Elle expulse des caillots et dans la soirée continue à perdre légèrement avec fièvre à 40°.

Le 8 mai, à 10 heures, frisson. Température à 39° 8. Elle fait appeler son médecin qui la dirige vers Canolle. A son entrée le 8 mai dans l'après-midi, fièvre : 38° 6, pouls à 112.

A l'examen : facies pâle, pouls bon, col fermé. Le soir à 18 heures, on met en place une tige de laminaire.

Le 9 mai : curage à 10 heures. On retire un fœtus de 2 mois en putréfaction et un placenta d'une fétidité extraordinaire. Injection iodée intra-utérine.

Malade très pâle, shokée bien que n'ayant aucune perte de sang anormale. Pouls assez bon.

Vers 19 heures, la malade se plaint de douleurs abdominales surtout localisées vers la fosse iliaque gauche. La température est à 36. Mais le pouls demeure à 100. Etat stationnaire pendant la nuit.

Le 10 mai, après avoir gardé du lait pris le matin, la malade est prise de vomissements bilieux vers 11 heures.

Douleurs toujours très violentes et survenant par crises.

Vers 16 heures : hoquet, l'état général s'aggrave d'heure en heure. Langue sèche. La paroi abdominale s'immobilise pendant la respiration dans la région sous-ombilicale, et reste mobile au-dessus de l'ombilic.

Au palper : douleur très vive à la pression dans toute la région sous-ombilicale surtout à gauche.

A 17 heures, la malade est vue par M. le Dr Lafond et sur sa demande par le Dr Lafargue à 19 heures. Une intervention d'urgence est décidée.

Indications opératoires : état général s'aggravant progressivement, avec pouls assez bon mais à 100 tandis que la température est à 36. Langue rôtie, facies grisâtre. Péritonite gagnant l'étage supérieur (hoquet). Pertes noirâtres d'odeur sphacélique.

Intervention le 10 mai à 20 heures : hystérectomie vaginale pratiquée par M. le Dr Lafargue. Anesthésie générale : éther.

L'utérus est enlevé en bloc. Pinces à demeure.

Durée de l'intervention : 20 minutes.

Après l'opération la malade ne semble pas plus fatiguée. Le pouls demeure aux environs de 100 et est assez bien frappé. La mèche vaginale ne donne pas de sang. Un peu d'agitation jusqu'à l'injection de pantopon vers 3 heures du matin.

Le 11 mai : journée assez bonne, mais aggravation rapide dans la soirée.

Le pouls devient de plus en plus rapide et filant.

La malade meurt dans le délire le 12 mai vers 3 heures du matin.

L'examen de la pièce opératoire a montré : Utérus globuleux, gros comme le poing. Pas de perforation. La face postérieure porte des membranes brunâtres. A l'ouverture, la plaie placentaire se présente comme un magma noirâtre excessivement putride. Des coupes de la paroi postérieure montrent l'existence de tissus sphacéliques, partant de la muqueuse et s'avançant plus ou moins loin, certains jusqu'à proximité de la surface péritonéale.

Observation XVII

Infection post-abortum. Péritonite. Hystérectomie abdominale. Mort.

(Service d'Isolement de Canolle. Année 1934.)

Mme X..., 28 ans, primipare, entre à Canolle le 16 janvier 1934. Avortement au 4e mois. Expulsion d'un fœtus mort en état de décomposition.

Le curage ramène un placenta très fétide.

Au bout de 48 heures, frissons. Température : 40°. Mais le ventre reste souple et peu douloureux.

Puis brusquement réaction péritonéale d'abord localisée à l'hypogastre, se généralisant ensuite, et accompagnée de diarrhée fétide abondante. Température : 40°, pouls : 130.

Sept jours après le curage, hystérectomie abdominale rapide. On trouve dans le péritoine un liquide purulent nauséabond, des anses rouges avec fausses membranes. L'utérus n'est pas très gros.

Mikulicz, drain vaginal dans le moignon du col.

A l'examen de l'utérus on voit une zone d'insertion placentaire de couleur noirâtre, sans infiltration purulente dans le muscle.

La malade un peu cyanosée pendant l'intervention meurt subitement quelques instants après.

Observation XVIII

Infection post-abortum. Hystérectomie abdominale. Mort.

(Service d'Isolement de Canolle. Année 1934.)

Mme X., 31 ans, trois grossesses antérieures.

Entre à Canolle le 5 octobre 1934, après un avortement de 4 mois et demi qui a eu lieu le 29 septembre. Dans l'intervalle la température s'était maintenue aux environs de 38°.

A son entrée : température : 38° 4. Pouls : 112.

Un curage est immédiatement pratiqué et ramène des débris, placentaires fétides.

Après le curage, frisson. Température : 40°.

Le 6 octobre au soir, pertes horriblement fétides, marc de café, à odeur de sphacèle qui fait soupçonner de la métrite gangréneuse (sérum antigangréneux) et poser l'indication d'une hystérectomie si la température s'élève.

Le 7 octobre, dans l'après-midi, température : 40°. Même état général et local.

Hystérectomie (Dr Lafargue). Péritoine sain, organes génitaux d'apparence normale, à tel point qu'on peut hésiter sur l'indication de l'hystérectomie, qui est néanmoins pratiquée.

En décollant le lambeau postérieur du péritoine, du côté gauche le long de la gaine des vaisseaux on ouvre de petits abcès miliaires sous-péritonéaux. On fait un prélèvement (streptocoques, colibacilles, anaérobies).

L'hystérectomie subtotale est complétée par l'énucléation de tranches sphacéliques au niveau du col. Pince à demeure sur l'utérine droite; Mikulicz; drainage vaginal par mèches et drain. Sérum de Vincent à hautes doses.

Les deux premiers jours sont assez satisfaisants, mais bientôt la malade décline très rapidement et elle meurt le 18 octobre, soit onze jours après l'intervention.

Les hémocultures pratiquées le 8 et le 12 octobre ont été négatives.

CONCLUSIONS

I. En présence de certaines formes graves de l'infection puerpérale, en attendant que la vaccinothérapie et la sérothérapie donnent des résultats bien probants, l'hystérectomie a sa place comme moyen de traitement.

II. L'hystérectomie, dans l'infection puerpuérale, n'a cependant que des indications exceptionnelles.

III. La majorité des auteurs est d'accord pour la pratiquer dans les perforations utérines, dans la rétention irréductible du placenta, dans l'infection amniotique grave, dans les abcès utérins, dans les fibromes infectés, dans les hémorragies tardives des suites de couches.

IV. Il est absolument contre-indiqué de tenter l'hystérectomie dans les septicemies primitives.

V. L'hystérectomie, dans la métrite puerpérale qui tend à la généralisation septcémique, est le point le plus controversé de la question. Il n'y a aucun test clinique ou bactériologique qui permette d'indiquer le moment précis où l'intervention est nécessaire.

VI. Il faut faire une différence entre les infections post partum et post abertum :

a) L'infection post partum est beaucoup plus grave ; les résultats de l'hystérectomie sont, dans l'ensemble, plutôt mauvais.

b) Dans l'infection post abortum, en accordant une réelle valeur à la règle de J.-L. Faure, il semble trop absolu de

l'ériger en loi formelle. Les résultats sont meilleurs que dans le post partum.

VII. Dans les péritonites puerpuérales, à part des cas exceptionnels, l'hystérectomie est à rejeter.

VIII. L'hystérectomie abdominale avec drainage au Mikulicz est préférable à l'hystérectomie vaginale.

Vu :
Le Doyen,
Pour le Doyen
L'Assesseur
J. GUYOT

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. ANDÉRODIAS

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 21 Novembre 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les ouvrages antérieurs à 1920, consulter la thèse de Dupin, Bordeaux, 1922.

Amreich (I.). — « Die chirurgische therapie des puerperal fiebers », *Wiener Med. Wochensch.*, n° 38, 14 sept. 1929, p. 1202; n° 39, 21 sept. 1929, p. 1233; n° 40, 28 sept. 1929, p. 1262; n° 41, 5 oct. 1929, p. 1301.

Andérodias. — « Les traitements modernes de l'infection puerpérale », *Revue franç. de gyn. et obst.*, n° 23, décembre 1929, p. 712-729, *Journal méd. Bordeaux*, n° 59, 20 février 1992, p. 95-101.

Andérodias-Balard-Mahon. — « Sur un cas de syndrome infectieux des suites de couches à forme hémorragique. Hystérectomie. Mort », *Soc. obst. et gyn.*, 1928, p. 238.

Andérodias et **Jeanneney**. — « Hémorragies secondaires graves du post-partum, Indications thérapeutiques », *Soc. obst. et gyn.*, 1930, p. 369.

Andérodias et **Mangé**. — « Péritonite diffuse post-abortum guérie après laparotomie et Mickulicz », *Soc. obst. et gyn.*, 1930, p. 645.

Andérodias et **Pery**. — « Les hémorragies tardives des suites de couches », Rapport au VII[e] Congrès de l'Assoc. de gynéc. et obstétriciens de langue française, *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 28, p. 900.

Arquié. — *Traitement des péritonites puerpérales*, 1931.

Autefage. — « Infections puerpérales graves guéries par hystérectomie », *Bull. Soc. obst. et gyn.*, oct. 1928, p. 723-725.

Auvray. — « L'infection puerpérale et son traitement chirurgical », *Soc. des Hôp.*, 1924, t. LXXIX, p. 1505.

— « L'infection puerpérale et son traitement chirurgical », *Gaz. des Hôp.*, 30 sept. 1924.

Baldwin. — « Surgical treatment of certain puerperal infection », *Ann. J. Obst. et gyn.*, n° 19, févr. 1930, p. 219-227.

Benoist. — Thèse, Paris, 1922.

Bonamy (R.). — « Inversion utérine totale, post-partum. Infection abdominale totale après réduction. Guérison », *Bull. et Mém Soc. chir.*, Paris, n° 17; 21 décembre 1928, p. 868.

Brindeau. — *Pratique de l'art des accouchements*, t. II, édit., 1927
Brouha. — *Leçons du jeudi soir*, Tarnier, 1927.
Cadenat. — « L'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpuérale », *Presse médicale*, 14 janvier 1920, n° 4.
— « De l'hystérectomie dans l'infection puerpuérale » (IIe Congrès de l'assoc. de gynéc. et obstétriciens de langue française, Paris, 29 et 30 septembre 1921). *in* : *Gynec et obst.*, n° 4, nov. 1921.
Charbonnel et **Rioux**. — A propos d'un cas de septico-pyohémie post-abortum. L'opportunité de l'intervention par voie vaginale ou abdominale », *Bull. soc. obst. et gyn*, 1923.
Chifoliau-Béchet-Folliasson. — « *Essai sur les indications opératoires dans l'infection post-abortum* », *Arch. méd. chir. de province*, 1932, février, n° 2, *Progrès méd.*, n° 17, nov. 1931.
Chomé. — « Traitement chirurgical de l'infection puerpuérale », *Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier*, 1928.
Courbin. — « Indications d'urgence de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale », *Soc. et gyn.*, Bordeaux, *Bull. Soc. obst. et gynec.*, Paris, 1922.
Couvelaire. — « Forme métrorragique de l'infection puerpuérale », *Bull. soc. gynéc.*, mai 1926.
Couvelaire-Portes-Digonnet. — « Hémorragies tardives des suites de couches. Indications de l'hystérectomie d'emblée », *Gyn. et obst.*, 1928.
Delannoy. — « Hystérectomie dans quelques cas d'infection puerpuérale », *Echo médical du Nord*, mars, 1934.
Desnoyers. — « Quelques indications de l'hystérectomie dans les infections puerpuérales », *Bull. méd.*, 24-27 oct., 1928.
Digonnet. — Thèse Paris, 1928.
Douay. — « Infection puerpuérale et hystérectomie », *Presse médicale*, n° 73, 1923.
— « Traitement de l'infection post-abortum », *Gynéc. et obst.*, t. II, juin 1920, p. 428.
Dupin. — *Hystérectomie dans les infections puerpuérales aiguës*, Thèse Bordeaux, 1922-23.
Faure (J.-L.). — « Hystérectomie dans l'infection puerpuérale », *Soc. obst. et gynéc.*, t. IX, 1920, p. 179.
— « Discussions à la société nationale de chirurgie de Paris », *Bull. et Mém. de la soc. nat. de chir. de Paris*, p. 713, 821, 823, 854, 858, 930, 979, 1082, 1086, 1095, 1097, 1154.
Faure (J. L.) et **Brindeau**. — « De l'hystérectomie dans l'infection puerpuérale après accouchement à terme », *Leçons clinique Tarnier*, Vigot frères, éditeurs.
Ferrari-Houel-Jahier. — « Ligatures veineuses et hystérectomie dans certaines formes de l'infection puerpuérale. Deux nouvelles observations », *Bull. soc. obst. et gynec.*, n° 16, mars 1927, p. 211, 215.
— « Infection puerpuérale post-partum. Hystérectomie abdomi-

nale subtotale. Thrombo-phlébite pelvienne. Ligature des 2 veines iliaques primitives par voie sous-péritonéale. Guérison », *Bull. et mém. soc. nat. de chir.*, n° 33, 15 décembre 1928, p. 1360.

Goubert. — « De l'utilité du drainage dans le traitement des infections puerpuérales », *Cahiers de pratique médico-chirurgicalre* nov. et déc., 1931.

Gouetoux du **Tertre**. — *Traitement de l'infection puerpuérale par l'hystérectomie*, Thèse Montpellier, 1926-27.

Jeannin et **Chomé**. — « Le traitement chirurgical de l'infection puerpuérale », *Acad. de Méd.*, 24 janvier 1928.

Lacomme. — « Hystérectomie abdominale précoce pour infection après accouchement à terme : guérison », *Bull. soc. obst. et gynec.*, n° 17, p. 351, 353, avril 1928.

Le Jemtel. — *Année médicale de Caen*, mars 1920.

Loewy. — « Infection puerpuérale post-partum progressant après curettage. Hystérectomie abdominale totale. Guérison », *Bull. et Mém. soc. nat. chir.*, n° 21, 28 juin 1930.

Martigny. — « De l'indication de l'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpuérale », *Union méd. du Canada*, nov. 1928.

— « De l'indication de l'hystérectomie vaginale dans l'infectio1 puerpuérale », *Union méd., Canada*, n° 57, p. 645-650.

Marteus. — « Epikritisches zur pyâmiefrage », *Med. Welt.*, n° 4, p. 1932, 27 sept., 1930.

Matyas « Uber die operative behandlung der pyamie mitteilung eines derartige heilten falles », *Zentralblätt für gynaek*, 55, 18 avril 1931, p. 1408, 1411.

Morel (M.). — « A propos des réflexions du Dr Bernot sur un cas d'hystérectomie dans une infection puerpuérale », *La Bourgogne méd.*, n° 3, mars 1931, p. 127.

Morgenstern. — *Infection utérine post-abortum*, Thèse Paris, 1922.

Noguerre. — Thèse Paris, 1934.

Perez-Velasco. — « Algunas consideracions sobre el tratamiento de la infeccion puerpueral », *Med. Ibera*, n° 2, 10 nov. 1928, p. 440, 443.

Pery (G.). — *Mémoire pour le Prix Dubreuilh, Journal de Médecine de Bordeaux*, 1934.

Péry et **Courbin**. — « Un cas d'hystérectomie pour infection puerpuérale », *Bull. soc. obst. gynec.*, 1922, p. 182.

Potvin et **Cotte**. — « De l'hystérectomie dans l'infection puerpuérale aiguë », *Gyn. et obst.*, 1921, p. 209.

Robin. — Thèse Paris, 1928.

Safford. — « The surgical treatment of puerpueral infection », *New-York med. Journ. and Méd. Rev.*, nov. 1923.

Savage. — « Surgery in pregnancy », *Minnesota Med.*, n° 7, july 1928, p. 471.

Solomons. — « Two cases of puerpueral sepsis treated by hysterectomy », *Proc. Roy. soc. med. sect. obst. et gynec.*, 21 avril 1928, p. 63, 66.

— *Irish J. Med. sc.*, july 1928, p. 314, 316.

Suc et **Pons**. — « De l'incertitude des indications chirurgicales et de l'utilité des traitements médicaux au cours de la fièvre puerpuérale », *Toulouse Méd.*, n° 5, 1er mars, 1932.

Tenani. — « Isterectomia vaginale per inversione acuta puerperale dell' utéro », *La clinica obstetrica*, avril 1928, avril, 1928.

Tobiol. — Th'se Bordeaux, 1922.

Vandescal. — « Traitement de l'infection post-abortum », *Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier*, 1926.

Vanverts. — « Indications de l'hystérectomie tirées des résultats du curettage dans l'infection post-abortum », *Gyn. et obst.*, t. V, 1922, p. 277.

Bordeaux. — Imp. J. Bière, 18, rue du Peugue. — 1934.